

О.Н.Харкевич, Р.А.Часнойть,
В.А.Лискович

НИИ охраны материнства и
детства МЗ РБ, г. Минск

Системный подход в оценке эффективности акушерской и перинатальной служб

Важнейшей задачей акушерской и перинатальной служб является повышение качества и эффективности оказания медицинской помощи населению. В условиях резкого снижения в республике рождаемости, изменения экологических и социально-экономических условий жизни населения, отрицательно влияющих на здоровье, возрастает значимость медицинского контроля за подготовкой к материнству, за здоровьем беременной и плода.

Несмотря на наличие фундаментальных изданий по вопросам организации медико-санитарной службы и родовспоможения (1,2), в частности, мы считаем необходимым остановиться на ряде вопросов, которые в настоящее время должны быть определяющими для понимания системного подхода к вопросам охраны материнства и детства.

Алгоритмы оценки эффективности оказания акушерской и перинатальной помощи в лечебно-профилактических учреждениях разработаны авторским коллективом на основании результатов многолетнего анализа причин перинатальной и материнской заболеваемости и смертности во всех регионах республики. Их внедрение на территории Гродненской области способствовало достоверному снижению материнской и перинатальной смертности, что позволило разработать на основании имеющихся результатов методические рекомендации, утвержденные Министерством здравоохранения Республики Беларусь. Использование полученных результатов и рекомендаций позволит улучшить преемственность между всеми звеньями службы здравоохранения, повысить эффективность акушерской, перинатальной, терапевтической, анестезиологической, гематологической и другой медицинской помощи беременным.

1. Прегравидарная подготовка

Алгоритм анализа эффективности прегравидарной подготовки женщин группы «Резерва родов» (ГРР) представлен на схеме № 1.

В ГРР включаются женщины в возрасте от 18 до 40 лет, не имеющие детей или имеющие одного ребенка.

Формирование ГРР: главные врачи (заместители главных врачей) территориальных поликлиник по результатам переписи населения передают заведующим женскими консультациями, расположенными в районе обслуживания поликлиник, списки всех женщин в возрасте 18-40 лет, не имеющих детей или имеющих одного ребенка. Списки обновляются 2 раза в год. Главные врачи (зам. главных врачей) и заведующие женских консультаций по территориальному принципу с учетом общей численности населения в количестве 6000 человек формируют «акушерско-гинекологические и терапевтические комплексы» таким образом, чтобы на 3-4 врача-терапевта приходился 1 врач акушер-гинеколог. Взаимодействие между акушером-гинекологом и терапевтом осуществляется в рамках ранее созданных акушерско-педиатрических терапевтических комплексов (АПТК).

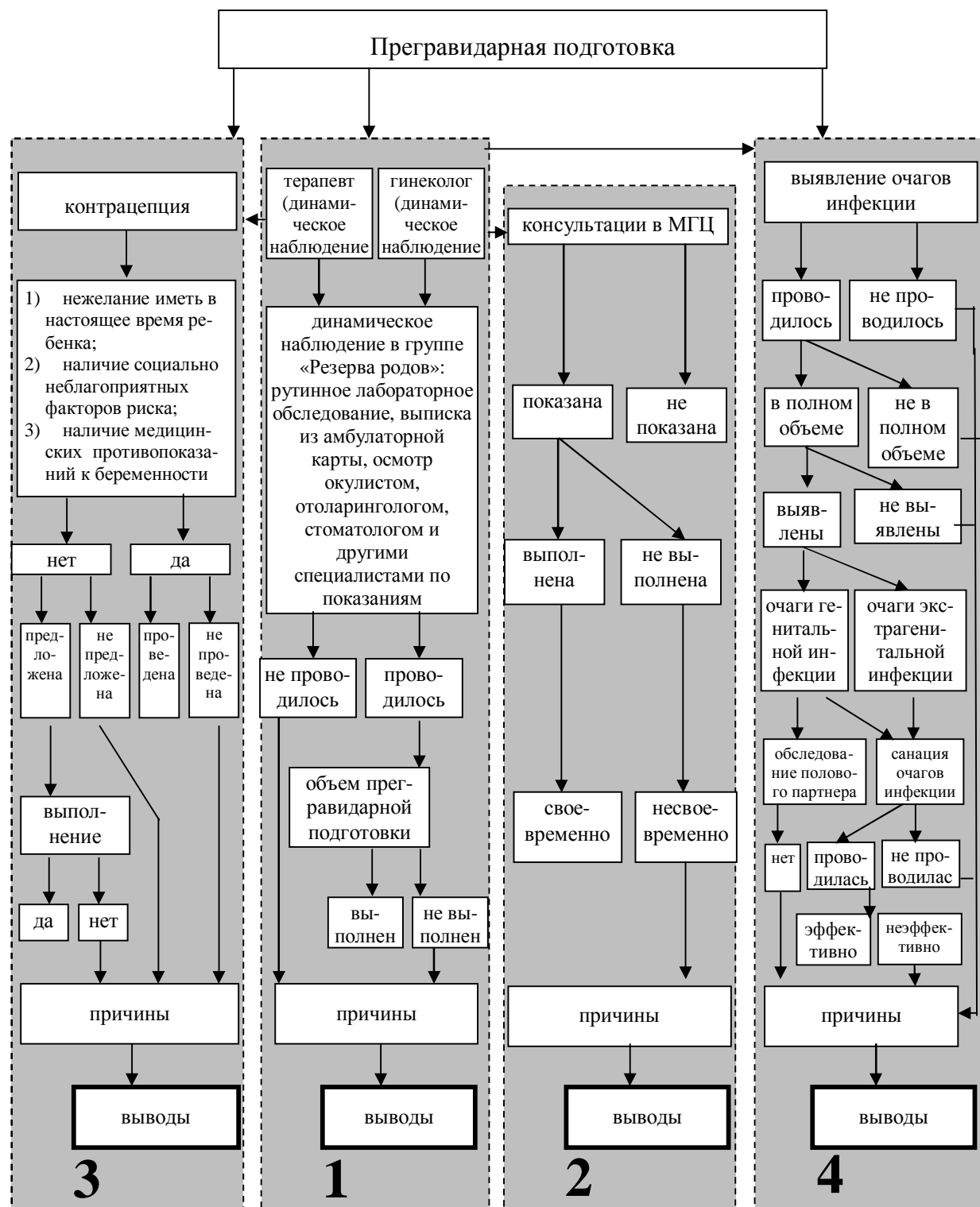
После формирования «акушерско-гинекологического и терапевтического комплекса» участковые врачи-терапевты поликлиник передают врачам акушерам-гинекологам женских консультаций списки женщин из социально-неблагополучных семей и имеющих экстрагенитальную патологию (по приказу №71 от 5.04.94 г. «О порядке проведения операций искусственного прерывания беременности»), которая является абсолютным противопоказанием к беременности, с целью охвата этих женщин контрацепцией и исключения из ГРР.

2 раза в год врач акушер-гинеколог передает списки родивших женщин участковым врачам-терапевтам с целью исключения из ГРР женщин, имеющих двух детей.

Группы диспансерного наблюдения:

- 1 – здоровые;
- 2 – практически здоровые;
- 3 – гинекологические больные;
- 4 – имеющие экстрагенитальную патологию;
- 5 – имеющие гинекологическую и экстрагенитальную патологию.

Схема 1. Алгоритм анализа эффективности прегравидарной подготовки женщин группы «Резерва родов»



Формирование групп динамического наблюдения: женщины ГРР, обратившиеся в поликлинику к любому специалисту, подлежат обязательному осмотру участковым терапевтом с минимальным обследованием: осмотр молочных желез и щитовидной железы, общие анализы крови и мочи, измерение АД. При необходимости осуществляется осмотр узких специалистов.

Женщины ГРР, обратившиеся в женскую консультацию, подлежат такому же обязательному обследованию.

По результатам терапевтических и гинекологических осмотров каждая женщина ГРР должна быть отнесена к одной из групп динамического наблюдения, причем в группы 3, 4, 5 включаются женщины, имеющие гинекологическую и экстрагенитальную патологию, в том числе несостоящие на диспан-

серном гинекологическом и терапевтическом учете.

Участковые врачи-терапевты и врач акушер-гинеколог акушерско-гинекологического и терапевтического комплекса 2 раза в год проводят сверку списков женщин, состоящих в группах здоровья.

Амбулаторные карты маркируются в правом верхнем углу титульного листа индексом РР1, РР2, РР3, РР4, РР5 в соответствии с установленной группой здоровья.

Наблюдение

Участковые врачи-терапевты при сборе анамнеза отмечают, планирует ли пациентка беременность в течение ближайших двух лет, о чем делают соответствующую запись в амбулаторной карте.

Врач акушер-гинеколог при обращении к нему женщин из ГРР также проводит выяснение у пациентки вопроса о планировании беременности.

По результатам данной работы участковые врачи-терапевты и врач акушер-гинеколог относят женщин ГРР в группы наблюдения: активного – планирующие беременность в течение двух лет и пассивного – не планирующие беременность.

В группе женщин пассивного наблюдения врач акушер-гинеколог проводит работу по максимально полному охвату данного контингента всеми видами контрацепции с целью предупреждения непланируемой беременности.

Динамическое наблюдение при наличии гинекологической и экстрагенитальной патологии проводится в соответствии с требованиями действующих нормативных документов.

Всем женщинам группы активного наблюдения, имеющим гинекологическую и экстрагенитальную патологию, проводится прегравидарная подготовка в зависимости от характера патологии с привлечением смежных специалистов.

Обоим супругам за 3 месяца до планируемого зачатия и женщинам в I триместре беременности врачом акушером-гинекологом проводится профилактика ВПР плода путем назначения фолиевой кислоты по 0,4 мг в день и диеты, богатой фолатами (бобы, шпинат, печень и др.). При наличии в анамнезе детей с ВПР доза фолиевой кислоты должна быть увеличена в 3-4 раза.

Врач акушер-гинеколог в группе активного наблюдения выделяет группу медико-генетического риска, в прегравидарную подготовку которой должно быть включено обя-

зательное обследование в медико-генетическом центре (МГЦ).

Показаниями для медико-генетического консультирования являются:

1. Возраст беременной 35 лет и более.
2. Наличие у одного из супругов хромосомной перестройки или порока развития.
3. Наличие в анамнезе детей с:
 - наследственными болезнями обмена и сцепленными с полом;
 - врожденной гиперплазией коры надпочечников;
 - врожденными пороками развития – изолированными или множественными;
 - хромосомными заболеваниями;
 - умственной отсталостью.
4. Наличие вышеперечисленной патологии среди родственников.
5. Кровнородственный брак.
6. Привычное невынашивание беременности неясного генеза.
7. Первичная аменорея, нарушение менструального цикла неясного генеза.

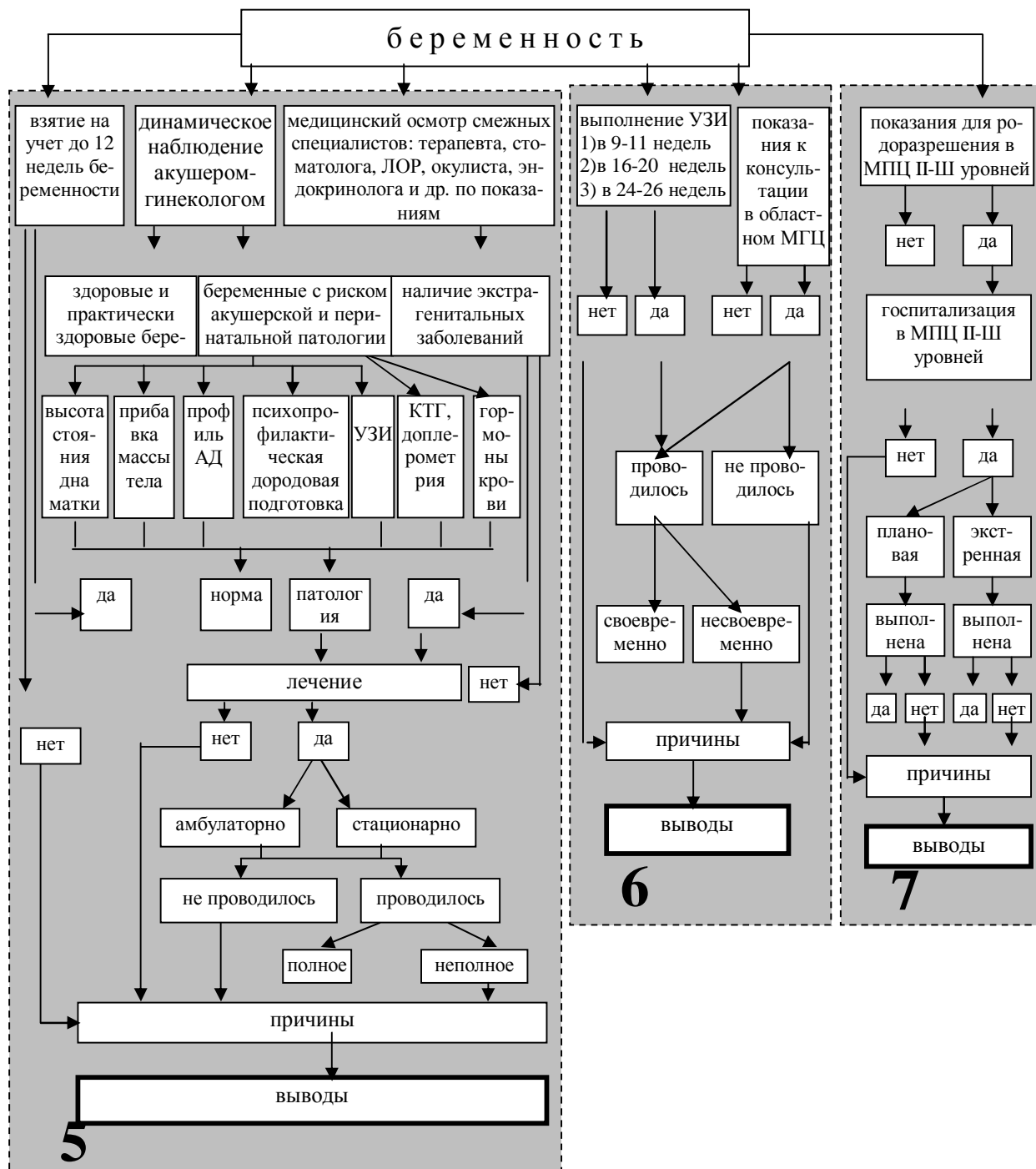
Учитывая рост в республике заболеваний, передающихся половым путем, и увеличение роли инфекции в неблагоприятном исходе беременности, особым разделом прегравидарной подготовки следует обозначить выявление и санацию очагов инфекции. При выявлении очагов хронической генитальной инфекции (хламидиоз, уреаплазмоз, генитальный герпес и т.д.) необходимо обязательное обследование и лечение обоих половых партнеров.

2. Медицинская помощь беременным женщинам

Алгоритм анализа эффективности динамического наблюдения за беременными женщинами и оказания им медицинской помощи представлен на схеме № 2.

В основе благоприятного исхода родов для матери и плода, профилактики заболеваний новорожденных лежит правильная организация медицинской помощи беременной. Главным принципом динамического наблюдения за беременными является комплексное их обследование, включающее медицинский контроль за состоянием здоровья женщины, течением беременности, развитием плода и оказание профилактической и лечебной помощи как матери, так и «внутриутробному пациенту».

Схема 2. Алгоритм анализа эффективности обследования и оказания медицинской помощи беременным женщинам



Объем обследования беременных при первичном взятии на диспансерный учет выполняется в соответствии с «Временными протоколами обследования и лечения» (1999). В объем обследования беременных при первичном обращении рекомендуется включать исследование крови на гепатиты В и С, исследование TORCH – инфекции (токсоплазмоз, краснуха, цитомегаловирус, герпес), биохимические анализы крови (глюкоза, общий белок, железо, мочевины, креатинин, холестерин), гемостазиограмму.

Всем беременным, особенно для уточнения срока беременности, проводится УЗИ матки (9-11 недель). Ошибка в определении срока гестации при физиологической беременности в I триместре составляет в среднем 2,1 дня.

Все беременные должны быть обследованы терапевтом в течение беременности не менее двух раз: после первого осмотра акушера-гинеколога и после 30 недель беременности. При первом посещении терапевт женской консультации оценивает состояние жизненно важных органов женщины, запра-

шивает выписку из амбулаторной карты пациентки (если таковая не запрашивалась при взятии на учет в группу «Резерва родов») и решает вопрос о совместном наблюдении с акушером-гинекологом и возможности сохранения беременности.

В объем первоначального клинического обследования беременной, помимо осмотра терапевтом и стоматологом, включается обязательный осмотр окулистом, отоларингологом, эндокринологом. Около 40% больных беременных нуждаются в дополнительных консультативных осмотрах высококвалифицированными специалистами. При повторном осмотре терапевт выявляет заболевания внутренних органов, обусловленные беременностью или возникшие самостоятельно, определяет необходимость госпитализации беременных по поводу этих заболеваний, совместно с акушером-гинекологом решает вопрос о тактике родоразрешения.

В гормональном мониторинге нуждаются пациентки с гипертензией во время беременности, гестозом, отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, обусловленным преждевременными родами, самопроизвольными выкидышами, дисфункцией гонад, бесплодием, перенесшие выраженный ранний токсикоз, хроническую угрозу прерывания беременности, с отслойкой и аномалией расположения плаценты, опухолями матки, пороками её развития или другими факторами риска. При интерпретации данных гормональных исследований и назначении их коррекции необходимо учитывать суточные биоритмы продукции гормонов.

Принадлежность беременной к той или иной группе динамического наблюдения определяют после клинического и лабораторно-диагностического обследования. При первой явке выявляют беременных высокого риска и направляют их на консультации к узким специалистам. После обследования решают вопрос о возможности сохранения беременности. Медицинские показания для прерывания беременности изложены в приказе МЗ РБ № 71 от 5.04.94 г.

Анализ данных литературы и собственные исследования авторов показали, что трехкратный ультразвуковой скрининг, введенный в объем обследования популяционной группы беременных, позволяет диагностировать различные нарушения в системе «мать-плацента-плод» более чем у 53% женщин в процессе гестации, в том числе у 44%, относящихся первоначально к группе практически здоровых.

В алгоритм пренатального мониторинга необходимо включать трехкратный ультра-

звуковой скрининг беременных в сроке 9-11, 16-20 и 24-26 недель, а по показаниям и чаще.

УЗИ в I триместре беременности позволяет точно установить срок гестации, многоплодие, состояние хориона, неразвивающуюся беременность, сопутствующие гинекологические заболевания, угрозу прерывания беременности и некоторые пороки развития плода.

УЗИ во II триместре беременности в основном направлено на диагностику врожденных пороков развития плода. Кроме того, возможно выявление патологии плаценты, оболочек, истмико-цервикальной недостаточности, мало- и многоводия.

УЗИ в III триместре позволяет дополнительно обнаружить не выявляемые ранее пороки, задержку внутриутробного развития плода, патологию пуповины.

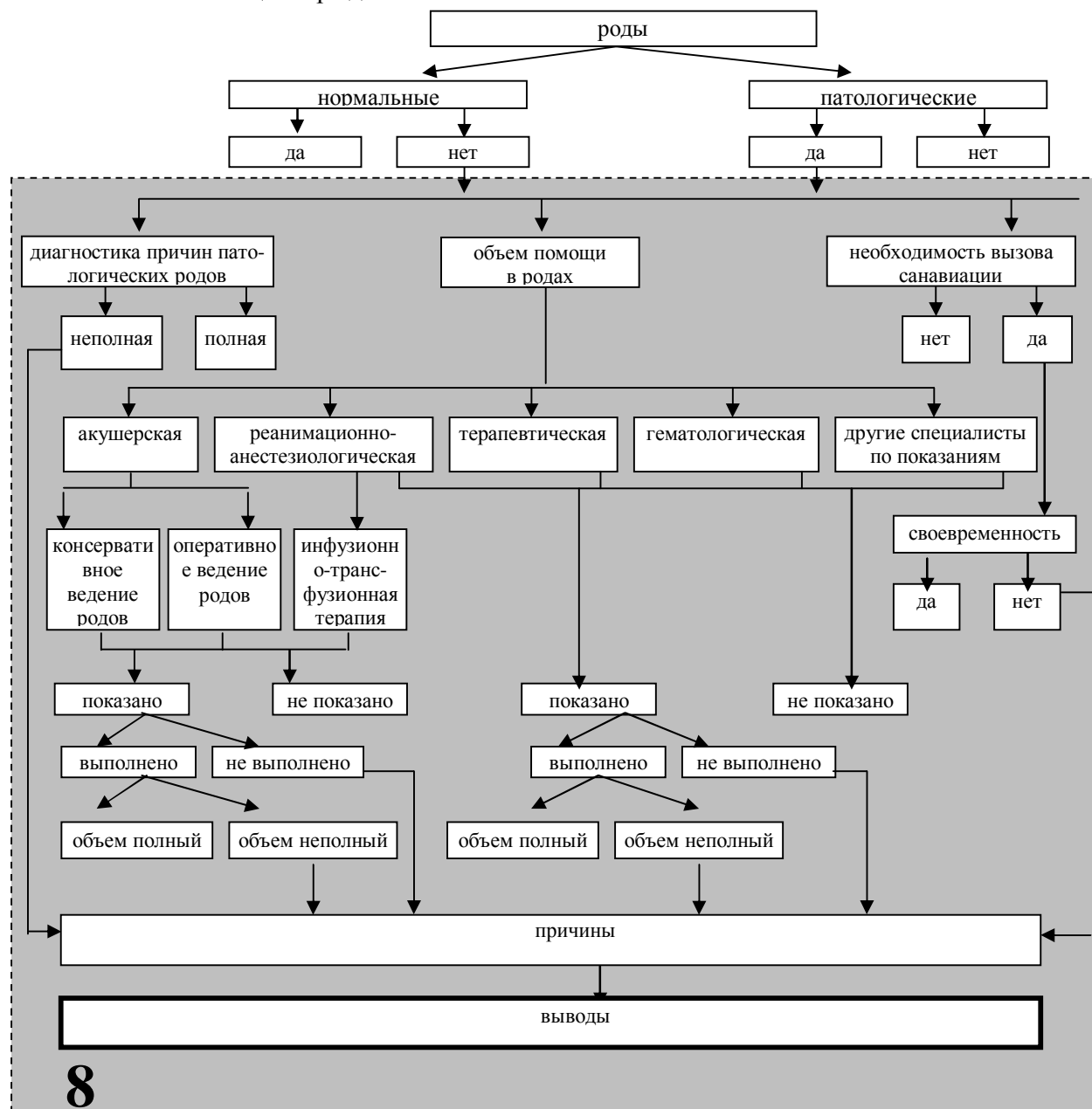
Обязательному консультированию в МГЦ подлежат беременные при наличии следующих показаний:

1. Возраст беременной 35 лет и более.
2. Наличие у одного из супругов хромосомной перестройки или порока развития.
3. Наличие в анамнезе детей с:
 - наследственными болезнями обмена и сцепленными с полом;
 - врожденной гиперплазией коры надпочечников;
 - врожденными пороками развития – изолированными или множественными;
 - хромосомными заболеваниями;
 - умственной отсталостью.
4. Наличие вышеперечисленной патологии среди родственников.
5. Кровнородственный брак.
6. Привычное невынашивание беременности неясного генеза.
7. Неблагоприятные воздействия в ранние сроки беременности (заболевания, диагностические или лечебные процедуры, прием медикаментозных средств).
8. Осложненное течение беременности (угроза прерывания с ранних сроков, не поддающаяся терапия, многоводие).
9. Патология плода, выявленная при ультразвуковом исследовании.
10. Изменение показателей скринирующих факторов: альфа-фетопротеина, хорионического гонадотропина, эстриола, 17-оксипрогестерона.
11. Наличие у супругов вредностей, связанных с профессией.
12. Первичная аменорея, нарушения менструального цикла неясного генеза.

Направлять на медико-генетическую консультацию предпочтительно до беременности или в ее ранние сроки (6-8 недель) с подробными выписками о течение предыдущих беременностей, родов, состоянии новорожденного, результатов его обследования, с указанием данных предыдущих патологоанатомических исследований.

План родоразрешения составляется во время беременности с учетом прогнозирования всех факторов риска. Каждый акушер-гинеколог должен знать, что в родовспомогательных лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) I уровня возможно ведение только нормальных срочных родов у женщин без наличия перинатальных и других факторов риска.

Схема 3. Алгоритм анализа эффективности оказания медицинской помощи в родах



При наличии патологии беременных и экстрагенитальных заболеваний у матери осуществляется дородовая госпитализация в межрайонные перинатальные центры (МПЦ) II-III уровня в плановом порядке. Госпитализация для досрочного родоразрешения в сроке беременности более 32 недель должна осуществляться в МПЦ II-III уровня, а при необходимости более раннего родоразрешения только в МПЦ III уровня.

3. Медицинская помощь во время родов

Алгоритм анализа эффективности ведения родов представлен на схеме № 3.

Все роды должны вестись только врачом акушером-гинекологом совместно с анестезиологом-реаниматологом и неонатологом, а по показаниям - с участием терапевта и врачей других специальностей.

В родильных отделениях ЛПУ I уровня возможно родоразрешение повторнородящих (до 3 родов включительно) и первородящих без акушерских осложнений и экстрагенитальной патологии. Остальные женщины должны быть родоразрешены в ЛПУ II-III уровней. Показаниями для родоразрешения в акушерском стационаре II уровня являются:

- гестозы I-II степени тяжести;
- гестоз III степени, преэклампсия в анамнезе;
- маточное кровотечение во время предыдущих родов;
- многоплодие, неправильное положение плода, крупный плод, анатомически узкий таз при планировании родов через естественные родовые пути;
- предлежание плаценты без признаков кровотечения;
- анте-, интра- или неонатальная гибель плода в анамнезе;
- хроническая внутриутробная гипоксия плода;
- перенашивание беременности;
- юные и возрастные первородящие;
- многоводие, маловодие;
- антенатальная гибель плода;
- повторные операции кесарева сечения.

Показания для родоразрешения в акушерских стационарах III уровня:

- заболевания щитовидной железы с нарушением функции, тиреотоксикоз;
- сахарный диабет;
- сердечно-сосудистые заболевания с нарушением кровообращения (или при угрозе развития декомпенсации в родах);
- легочно-сердечная недостаточность;
- синдром внутриутробной задержки развития плода II-III степени;
- досрочное родоразрешение по поводу угрожающего состояния плода;
- планируемые роды через естественные родовые пути после перенесенной операции кесарева сечения;
- тяжелые формы гестоза;
- паритет родов более 4;
- заболевания крови, почек, печени и других органов с выраженным нарушением их функции;

- редкие токсикозы беременных, острая жировая дистрофия печени;
- иммуноконфликтная беременность (исосенсибилизация по Rh-фактору, ABO-системе, HLA-системе и др.);
- травмы мягких родовых путей матери в детстве или накануне беременности;
- длительный безводный период.

Анализ помощи в родах предусматривает оценку оказания акушерской, анестезиологической, терапевтической, гематологической помощи и медицинской помощи других узких специалистов. Поэтому для анализа должны привлекаться специалисты других смежных специальностей.

При возникновении экстренных акушерских ситуаций, требующих консультативной помощи, проводится оценка необходимости, своевременности и качества организации консилиумов и вызова специалистов по санации (областной и республиканской).

Медицинская помощь новорожденным

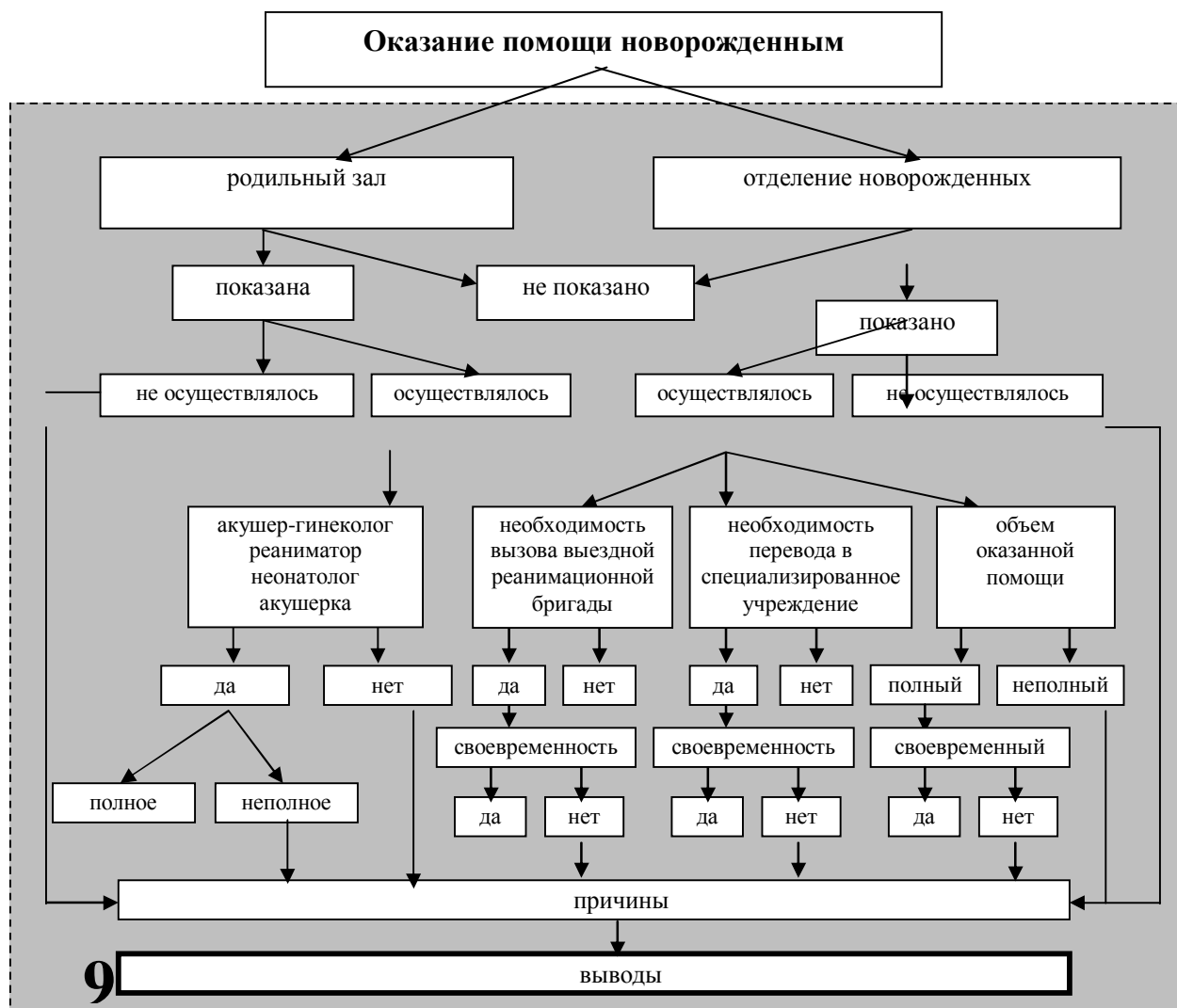
Алгоритм анализа эффективности оказания медицинской помощи новорожденным представлен на схеме № 4.

Оказание экстренной медицинской помощи новорожденным в родовспомогательных учреждениях осуществляется согласно методическим рекомендациям «Реанимация и интенсивная терапия детей, родившихся в асфиксии», которые разработаны НИИ ОМД и утверждены Министерством здравоохранения в 1998 г.

Состояние новорожденных, родившихся в МПЦ I-II уровней, при которых консультация или вызов выездной реанимационно-консультативной педиатрической (неонатальной) бригады обязательны:

- оценка по шкале Апгар 5 баллов и менее через 5 мин.;
- аспирационный синдром;
- РДС;
- недоношенность с массой менее 2000 г;
- геморрагические состояния;
- судороги;
- врожденные пороки развития с нарушением состояния;
- острый анемический синдром;
- сердечная недостаточность;
- гемолитическая болезнь новорожденных.

Схема 4. Алгоритм анализа эффективности оказания медицинской помощи новорожденным



Показания к переводу новорожденных в ЛПУ II и III уровней:

- недоношенный ребенок до 2000 г;
- РДС;
- геморрагический синдром;
- судорожный синдром;
- сердечная недостаточность;
- заболевания, требующие хирургического вмешательства;
- внутриутробная гипотрофия и задержка внутриутробного развития плода II-III степени;
- тяжелое состояние при инфекционной патологии;
- все состояния, требующие применения ИВЛ;
- неврологические нарушения, требующие длительного лечения в специализированном отделении;

- врожденные эндокринные и наследственные заболевания (гипотиреоз, фенилкетонурия);
- диабетическая фетопатия.

Дети с патологий, не указанной в перечне, подлежат лечению в палатах новорожденных детского отделения ЛПУ I уровня при условии компенсированного состояния.

5. Алгоритм оценки совпадения диагнозов

Алгоритм оценки совпадения диагнозов представлен на схеме № 5.

В случае материнских и перинатальных потерь определяющее значение имеют результаты патологоанатомического исследования. Совпадение или несовпадение клинического и патологоанатомического диагнозов является основным критерием адекватности оказания медицинской помощи женщине и ребенку.

Алгоритм определения уровня возможной предотвратимости неблагоприятных исходов беременности

решение о возможной предотвратимости неблагоприятного исхода беременности для матери и/или плода на каждом этапе оказания медицинской помощи (схема № 6).

На основании суммирования выводов, сделанных в процессе анализа, выносятся
Схема 5. Алгоритм оценки совпадения диагнозов

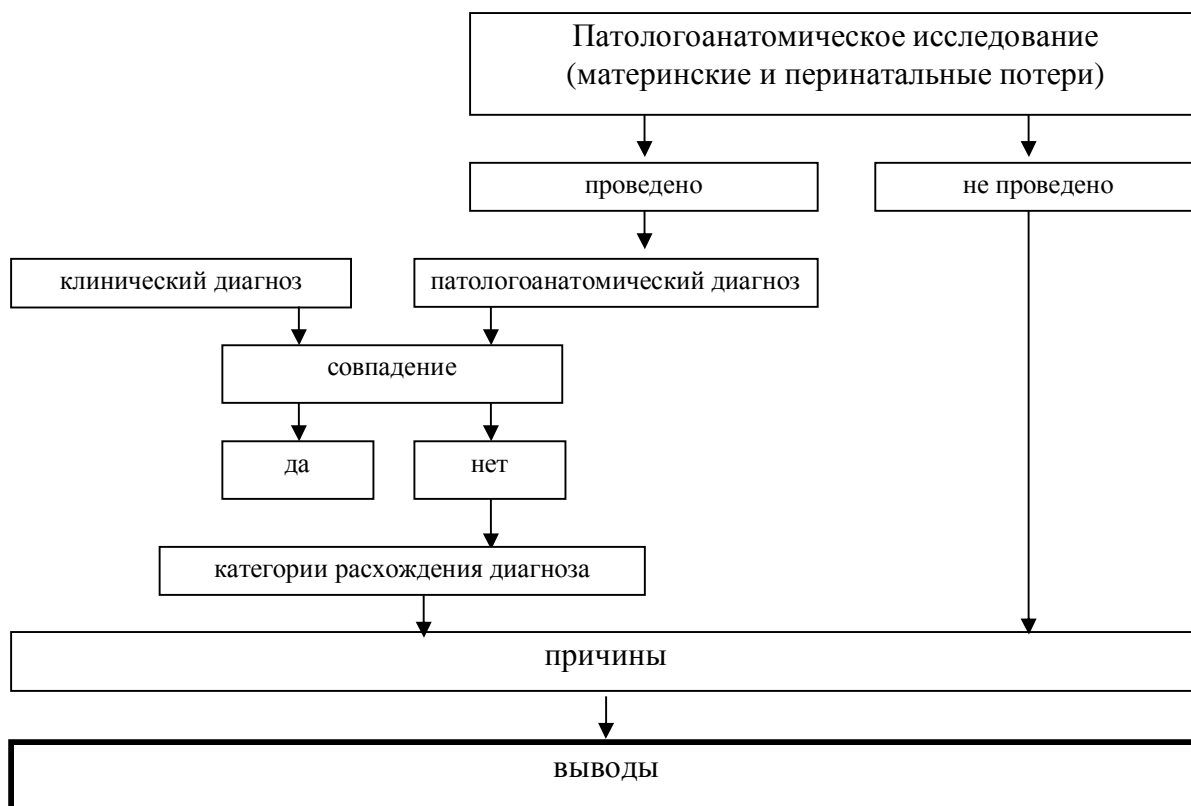
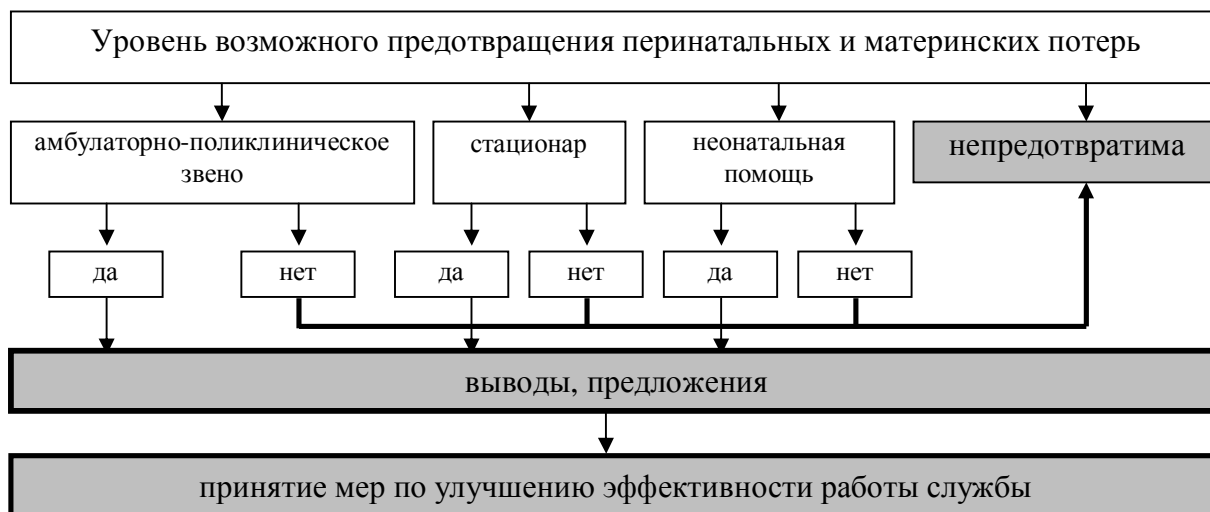


Схема 6. Алгоритм определения уровня возможной предотвратимости перинатальных и материнских потерь



Анализу эффективности оказания перинатальной помощи подлежат все случаи материнских, перинатальных и младенческих потерь, а также случаи инвалидизации женщин и детей в результате родоразрешения. Кроме этого, в каждом ЛПУ, оказывающем медицинскую помощь беременным, роженицам и новорожденным, необходимо проводить внутренний анализ всех случаев сложных акушерских и перинатальных ситуаций с благоприятным исходом для матери и плода.

Необходимо одновременно оценивать качество ведения медицинской документации. Результаты разбора вышеуказанных случаев с учетом разработанных алгоритмов обсуждаются комиссионно на заседаниях: лечебно-контрольных советов, советов по перинатологии, клинико-анатомических и патолого-анатомических конференций с принятием со-

ответствующих решений, направленных на выявление резервов деятельности перинатальной службы ЛПУ.

В случае выявления грубых дефектов решением советов предлагается руководителям ЛПУ издать приказ по организации действенных мер по устранению данных недостатков.

Своевременно принятое руководителем управленческое решение и обеспечение контроля за его исполнением позволяют определить оптимальные пути взаимодействия различных служб здравоохранения по охране здоровья матери и ребенка.

Литература

1. Акушерско-гинекологическая помощь. Под редакцией В.И.Кулакова. Москва: Медпресс. 2000, 510 с.

Ф.С. Ревазова

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН (дир. - акад. РАМН, проф. В.И. Кулаков), г. Москва

Профилактика осложнений внутриматочной контрацепции препаратом «Марвелон»

Исследовано влияние низкодозированного орального контрацептива марвелон на число осложнений и побочных реакций внутриматочной контрацепции.

Предотвращение нежелательной беременности и как следствие – аборта является важным аспектом программы планирования семьи. Особенно эта тема актуальна в нашей стране, занимающей одно из первых мест по частоте аборт, в том числе и криминальных. Общеизвестно пагубное влияние абортов на репродуктивное здоровье женщины и организм в целом. В этой связи на первый план выходят вопросы контрацепции. В настоящее время в распоряжении акушеров-гинекологов и их пациентов имеется большой арсенал средств для предупреждения нежелательной беременности. Наиболее популярны внутриматочная и гормональная контрацепции. Популярность различных типов внутриматочных средств (ВМС) обусловлена их высокой эффективностью, отсутствием системного влияния на организм, быстрым восстановлением фертильности после извлечения спирали и, что немаловажно, доступностью для любых

социальных групп, а также отсутствием необходимости ежедневного контроля за применением. Однако в связи с развитием побочных реакций и осложнениях в процессе контрацепции, включающих экспульсии, нарушения менструального цикла, альгодисменорею, приемлемость данного метода несколько ограничена. Указанные осложнения наиболее часто встречаются в период адаптации к внутри маточном у средству, который длится от 2 до 9 мес [1, 2]. Нарушения менструального цикла, проявляющиеся гиперполименореей, менометроррагиями, наблюдаются у 11-24% женщин с ВМС [2, 3]. Медьсодержащие спирали повышают менструальную кровопотерю на 20-50% на протяжении первых 6-12 месяцев контрацепции, после чего уровень кровопотери постепенно возвращается к исходному. Также в течение первых 3-5 месяцев могут наблюдаться межменструальные кровянистые выделения. Причины нарушений менструального цикла большинство исследователей связывают с микротравмами эндометрия, изменением его фибринолитической системы и гиперпростагландинемией. На фоне ВМС в эндометрии развивается сосудистая реакция, характеризующаяся повышением васкуляризации и сосудистой проницаемостью, дегенера-